

спектр последствий – от травм мягких тканей до переломов шейки бедра и черепно-мозговых травм разной степени выраженности.

С проблемой падений тесно связаны такие возраст-ассоциированные нарушения, как нарушения передвижения, включающие в себя снижение устойчивости и нарушения походки. Они были объективизированы нами путем применения шкалы «Оценка двигательной активности у пожилых пациентов» (Functional mobility assessment in elderly patients). В результате были получены следующие результаты.

В отношении параметра устойчивости были получены следующие результаты. Соответственно при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении величина устойчивости (в баллах) в разные возрастные периоды носила следующий характер.

В 55 – 60 лет: 23,7±2,4, 20,1±1,7 балла; в 61 – 65 лет – 23,5±2,5, 18,7±1,3 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 22,1±2,3, 16,1±1,5, 12,3±1,1, 10,2±1,3 балла; 71 – 75 лет – 20,3±2,1, 14,5±1,2, 11,1±1,0, 9,1±1,1 балла; 76 – 80 лет – 19,5±2,4, 12,5±1,3, 9,3±1,2, 8,0±1,2 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и усугубления степени тяжести саркопенического синдрома.

Нарушения походки при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении

(в баллах) в разные возрастные периоды были следующими: в 55 – 60 лет: 17,1±1,1, 16,2±0,8 балла; в 61 – 65 лет – 17,2±1,0, 16,1±0,7 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 15,2±0,9, 14,3±0,5, 11,3±0,4, 9,4±0,4 балла; 71 – 75 лет – 14,0±0,8, 12,1±0,3, 9,1±0,3, 8,1±0,2 балла; 76 – 80 лет – 12,3±0,7, 9,3±0,6, 8,2±0,4, 7,0±0,3 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и степени тяжести саркопении.

Характер общей двигательной активности соответственно при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении (в баллах) был следующим в изученные возрастные периоды: в 55 – 60 лет: 40,1±2,1, 38,4±1,8 балла; в 61 – 65 лет – 39,4±2,3, 36,1±1,5 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 34,1±2,0, 32,4±1,6, 30,4±1,4, 27,4±1,3 балла; 71 – 75 лет – 30,5±1,9, 30,1±1,4, 28,1±1,3, 24,3±1,5 балла; 76 – 80 лет – 28,3±1,4, 28,4±1,3, 26,2±1,5, 20,7±1,4 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и степени тяжести саркопении.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по мере увеличения степени выраженности инволютивных изменений мышечного аппарата происходит снижение степени устойчивости, ухудшение качества походки и снижение уровня общей двигательной активности, что является патогенетической основой для увеличения риска падений.

ОСТЕОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АРТРОЗА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ МЫШЦЕЛКОВ БЕДРА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

ТОРГАШИН А.Н., РОДИОНОВА С.С., ИВАНОВ К.С.

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, г.Москва

Нарушения в субхондральной кости при асептическом некрозе мыщелков бедренной и большеберцовой костей усиливают дегенерацию гиалинового хряща. Назначение остеотропной терапии может быть целесообразным для восстановления костной ткани мыщелков и снижения риска прогрессирования артроза, в том числе после артроскопической менискэктомии.

Цель. Обосновать применение остеотропной терапии при лечении асептического некроза мыщелков бедренной и большеберцовой костей у пациентов с повреждением менисков.

Материал и методы. У 23 пациентов (средний возраст 44 года, от 26 до 64 лет) с диагнозом: Повреждение внутреннего или наружного мениска коленного сустава. В предоперационном периоде выполнялось МРТ исследование. В случае выявления сопутствующего асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой кости, исследовались маркеры костной резорбции (Дезоксипиридинолин утренней мочи, b-cross laps крови) и в случае их повышения в послеопера-

ционном периоде назначалась остеотропная терапия на 1 год: активные метаболиты витамина Д (альфакальцидол в дозе 0.75-1.0 мкг/сут), остеогенон 2 таб 2 раза в день, антирезорбтивный препарат (Ибандроновая кислота 3мг внутривенно 1 раз в 3 мес, от 1 до 4х инъекций в течение года).

Результаты. Асептический некроз мыщелков бедренной или большеберцовой кости имел места у 43% обследованных пациентов. У 57% из них отмечалось повышение маркеров костной резорбции, что свидетельствовало об активности процесса и именно этим лицам была назначена антирезорбтивная терапия.

Заключение. Повреждение или дегенеративное изменение мениска нередко сопровождается развитием асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой кости, что ускоряет прогрессирование дегенеративных изменений и снижает эффективность проведенной менискэктомии. Учитывая высокую активность ремоделирования у части пациентов необходимо назначение антирезорбтивной остеотропной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФОРСТЕО® ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ШУШАРИН А. Г., ПОЛОВИНКА М.П.

ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, г. Новосибирск

Среди различных форм дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС АНГБК занимает важное место, как социально значимая патология. В теории патогенеза АНГБК

чаще рассматриваются три основные причины: сосудистые расстройства, нарушение обменных процессов, врожденная анатомо-функциональная недостаточность ТБС [1].